****

**MODELO DE FATURA MÉDICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEU LOGOTIPO** |  | FATURA MÉDICA |
| Nome da empresa |  |  | **DATA DA FATURA** |
| Rua Principal, 123 |  |  |  |
| São Paulo, SP 44416 |  |  | **Nº DA FATURA** |
| (321) 456-7890 |  |  |  |
| Endereço de e-mail |  |  | **PRAZO FINAL** |
|  |  |  |  |
| **COBRAR DE** |  |  | **VALOR DEVIDO** |
| ACD: Nome/Departamento |  |  |  |
| Nome da empresa |  |  |  |
| Rua Principal, 123 |  |  |  |
| São Paulo, SP 44416 |  |  |  |
| (321) 456-7890 |  |  |  |
| Endereço de e-mail |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIÇÃO** | **TOTAL** |
|  |  |
| **SUBTOTAL** |  |
| **OUTROS** |  |
| **TOTAL** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REMETER PAGAMENTO PARA** |  | **TERMOS E CONDIÇÕES** |
| ACD: Nome/Departamento |  | • Remeter pagamento no prazo de \_\_\_\_\_\_\_\_ dias após o recebimento da fatura. |
| Nome da empresa |  | **•** Será aplicada taxa de \_\_\_\_\_\_\_% por dia de atraso no pagamento da fatura. |
| Rua Principal, 123 |  |  |
| São Paulo, SP 44416 |  |  |

|  |
| --- |
| OBRIGADO |
|  |  |  |  |
| *Em caso de dúvidas sobre esta fatura, entre em contato com* |
| Nome, (321) 456-7890, endereço de e-mail |
| www.seuendereçonaweb.com |

|  |
| --- |
| **AVISO DE ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE**Qualquer artigo, modelo ou informação fornecidos pela Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fornecemos garantia de qualquer natureza, seja explícita ou implícita, a respeito da integridade, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade do site ou das informações, artigos, modelos ou gráficos contidos no site. Portanto, toda confiança que você depositar nessas informações será estritamente por sua própria conta e risco. |